



¿Qué tipo de seguro de salud tendrá usted?

Seguro, la póliza de sus padres lo cubre ahora, pero en poco tiempo usted tendrá que tomar algunas decisiones. Después de que se independice, ¿quién lo cubrirá cuando usted se enferme?

- ¿Necesita visitar al doctor mes de por medio? Entonces quizá una HMO es para usted.
- ¿Siente la posibilidad de tener la necesidad de ver una variedad de doctores? Entonces quizá una PPO es para usted.
- ¿Es usted el tipo de persona que sólo visita el hospital después de que ha comenzado a sangrar y se siente cómodo con los beneficios básicos? Entonces quizá una póliza para accidentes y enfermedades es lo propio para usted.

La mayoría de las personas conseguirán cubrimiento para la salud a través de su empleador. Por el contrario, otras personas tienen sus propios negocios, no se les ofrece seguro de salud, o desean una póliza individual. La siguiente es alguna información importante al buscar seguro de salud.

Si usted empieza su vida independiente...

La mayoría de las pólizas familiares cubrirán a un dependiente (usted) mientras este viva en la casa y sea menor de 19 años. Una vez que usted se independice, la primera cosa que usted necesita saber es si su empleador ofrece seguro de salud. De no ser así, usted deberá empezar a buscar una póliza individual. No espere hasta que esa primera visita al ER lo deje con una deuda de \$10 mil para pensar que un seguro de salud probablemente es una buena idea.

Si usted se encamina hacia la carrera militar...

Generalmente, en la carrera militar, a usted lo enviarán a la enfermería cada que se enferme. Ellos también le ofrecerán cubrimiento cuando se encuentre fuera de la base. La mayoría de las pólizas individuales no cubren a una persona mientras ésta se encuentre en servicio militar. Si usted está pensando en una póliza separada, recuerde leer las exclusiones.

Si usted se encamina hacia la educación superior...

Revise la póliza de sus padres. Si usted se encuentra en la lista de dependientes en la declaración de impuestos de sus padres y mantiene el estatus de estudiante de tiempo completo, usted posiblemente puede permanecer en la póliza de ellos. Si la universidad está ofreciendo una póliza de salud para estudiantes, lea la póliza cuidadosamente. Algunas pólizas le ofrecen un cubrimiento adecuado, pero otras pueden no ofrecer el cubrimiento que es importante para usted.

Tipos de Cubrimiento

Las pólizas médicas más primordiales generalmente tendrán un deducible y un co-seguro con un límite máximo de por vida. (Éste generalmente es de \$1 millón o más). Estas pólizas cubren las visitas al doctor médicamente necesarias y hospitalización, así como también terapia física, cirugía ambulatoria, etc. Este tipo de póliza puede ser ofrecida con o sin provisiones de pertenecer a una red de PPO. Esta oferta dependerá de la compañía aseguradora.

Las pólizas HMO ofrecen un cubrimiento similar al de las pólizas médicas más primordiales. Estas pólizas le imponen al asegurado la obligación de realizar co-pagos, de acuerdo con los beneficios ofrecidos. (Un ejemplo podría ser un co-pago de \$15 por recetas, de \$20 por visita al doctor y de \$200 por una hospitalización). Este es un plan de salud administrado, en el que usted escoge a su médico de cabecera primario (PCP) de entre los de una lista de proveedores de la red. Típicamente su PCP es el responsable de la administración de la mayoría de los aspectos relacionados con su salud. Para que su reclamo sea cubierto, las HMOs requieren que un doctor perteneciente a la red proporcione los servicios. (Hay excepciones para cuidados en las salas de emergencia). Asegúrese de leer en la póliza lo relacionado con el cubrimiento en las salas de emergencia. Muchas HMOs requieren remisiones y preautorizaciones para cualquier cuidado diferente a una visita a su PCP. Cerciérese de entender su contrato y sus obligaciones para obtener remisiones y preautorizaciones antes de recibir tratamiento. Estas pólizas también tendrán exclusiones y servicios sin cubrimiento, de la misma forma que las pólizas médicas más primordiales. Asegúrese de entender las limitaciones de su póliza.

Las pólizas hospitalarias / de cirugía ofrecen una tabla de beneficios para servicios específicos. Estas pólizas tienen una lista de servicios y lo máximo que la póliza pagará por cada uno de ellos. Por ejemplo, en la tabla se mostrarán varios tipos de cirugía con su límite:

Apendectomía... \$500 Amigdalectomía... \$500
Reparación de hernia... \$300 Cirugía del corazón... \$1.000

Puede haber límites en los pagos a los cirujanos, en los pagos de la habitación hospitalaria, etc., sin importar el costo real del servicio. Estas pólizas también tienen exclusiones y excepciones, por lo que el contrato debe ser leído cuidadosamente.

Las pólizas de indemnización ofrecen una cantidad fija por el pago de cierto tipo de servicio, de enfermedad o de lesión. Las pólizas de indemnización hospitalaria y de enfermedades específicas (generalmente cáncer) pagan cantidades límites. La póliza especificará cuándo se aplica el cubrimiento y cuál es la cantidad específica que ella pagará. (Por ejemplo: Las hospitalizaciones para enfermedades cubiertas pagan \$125 por día; visitas a las

salas de emergencia pagan \$50 por visita). Estas pólizas también tienen exclusiones y excepciones, por lo que debe leer el contrato cuidadosamente.

Términos Utilizados en las Pólizas

PPO- Organización de Proveedores Preferidos

“Una red de proveedores de cuidados de salud que han acordado proporcionar cuidados a los pacientes, sujeto a reembolsos de tarifas establecidas contractualmente.”

-1999 American Accreditation Health Care Commission/URAC

Hay muchos tipos y estilos de PPOs. Una forma de mantener los precios bajos es compartiendo el costo con usted. Un estilo común de PPO puede pagar 80/20 si usted visita a un doctor dentro de la red de proveedores. Si usted visita a un doctor fuera de la red, la cantidad que la PPO pagará cambiará (generalmente será menor).

- **80/20** - La PPO pagará el 80% del valor de los servicios; usted será responsable por el otro 20%, después de los deducibles que apliquen.

- **Costos usuales y habituales** - La compañía tiene una tarifa estándar para los procedimientos o tarifas. Si el doctor cobra más de esa tarifa, él sobrepasa los “costos usuales y habituales” de la compañía.

Co-seguro - es la cantidad que usted le paga al doctor o proveedor en el momento del servicio. El doctor recauda directamente esta cantidad del costo compartido de su seguro. Los co-seguros se dan como porcentajes. Por ejemplo, un plan 70/30 significa que la compañía paga el 70% y su costo compartido es el 30%.

Deducible - es la cantidad específica de los reclamos que usted pagará antes de que la compañía pague. Mientras más alto sea su deducible, más bajas serán sus cuotas.

Co-pago - es una cierta cantidad que usted paga por los costos médicos. Por ejemplo, usted paga \$5 cada vez que reciba una receta.

Condiciones Pre-existentes - son las condiciones que ocurren antes de que usted obtenga el cubrimiento de salud. Las compañías pueden excluir, y excluyen, el cubrimiento por las condiciones pre-existentes. Una vez usted se enferme, o sea diagnosticado con una condición de salud, generalmente es muy tarde ya para conseguir cubrimiento. Si usted llega a conseguir cubrimiento, el precio será más alto, o las opciones serán más bajas. **CONSEJO: ¡CONSIGA UN SEGURO DE SALUD MIENTRAS SE ENCUENTRE SALUDABLE!**

Derogaciones y Exclusiones - Algunas compañías desarrollan pólizas con ciertas exclusiones en mente. Una exclusión de una póliza es una declaración de que la compañía no pagará por ciertos tipos de accidentes o enfermedades. Una derogación se convierte en parte de la póliza una vez que usted la firma. Generalmente una compañía establece una derogación para excluir una enfermedad específica que usted pueda padecer, o una lesión anterior. La mayoría de las derogaciones son permanentes. Las derogaciones pueden dejar de ser parte de una póliza únicamente cuando usted y la compañía estén de acuerdo en cancelarlas. Si usted firma una derogación, en la mayoría de los casos la única forma en la que usted obtendrá cubrimiento es comprando una nueva póliza.

Recurso - A los planes HMO y PPO se les requiere que proporcionen una forma mediante la cual usted pueda apelar las decisiones referentes a su cubrimiento o a sus beneficios, si usted cree que ellos están equivocados. Si usted piensa que su reclamo es negado incorrectamente, o que a usted lo han tratado injustamente, la ley estatal exige planes para ofrecer un proceso para resolver tales disputas. Esto le garantiza a usted una forma rápida y económica para resolver un recurso. Pero usted sigue con el derecho de demandar al plan, si es necesario.

Pre-certificación - Algunos planes requieren que usted pre-certifique un servicio o procedimiento de salud. Si la póliza establece que se necesita aprobación adelantada por la compañía, usted puede quedarse encartado con el cobro si usted no obtuvo una pre-certificación.

Lección Simple:

1. El PPO de Robert establece que su co-seguro es 80/20. Las facturas de Robert suman \$200. The PPO paga \$_____ y Robert paga \$_____.
2. María firmó una derogación que dice que su condición pre-existente de mal coloración del cabello no será cubierta. Ella se afilió a un plan de indemnización que paga por accidentes y enfermedades básicas. Si María tiene un accidente de mala coloración del cabello, ¿se requerirá que la compañía aseguradora pague? ¿Por cuánto tiempo durará su derogación?
3. Digamos que usted siente que su reclamo se manejó mal, o fue negado. ¿Cuál es el paso inicial y el más económico que le ayudará a resolver su disputa?
 - A. Anteponer un recurso
 - B. Llamar al MDI
 - C. Contactar a un abogado
 - D. Hacer una escena en el lobby de la compañía aseguradora

Missouri Department of Insurance
P.O. Box 690
Jefferson City, MO 65102-0690

Obtenga mayor información sobre la búsqueda de cubrimiento y los indexes de quejas en
<http://insurance.mo.gov>
1-800-726-7390

Respuestas:
1. \$160 y \$40 2. María ha firmado una derogación, la que no será removida hasta que la compañía esté de acuerdo, o hasta que ella compre un seguro diferente. 3. El MDI le recomienda que usted comience con “A”, pero ellos también podrán ayudarle, de ser necesario. “D” realmente no se recomienda.